LA PRISE EN CHARGE DES SOINS OPHTALMOLOGIQUES EN FRANCE

Jean- Louis Arné, au nom d'un Groupe de Travail ** - Commission IX*

INTRODUCTION

A- Les circonstances à l'origine de ce Rapport.

La demande non satisfaite de soins d'ophtalmologie, les délais de rendez-vous, l'encombrement des services hospitaliers d'ophtalmologie constituent des récriminations courantes dont la presse se fait souvent l'écho. Elles sont la résultante de l'inadéquation entre les besoins de soins et les possibilités offertes par les ophtalmologistes.
L'ophtalmologie connaît les plus importants délais d'attente en consultation (estimés en moyenne à 3 mois sur le territoire national, mais pouvant atteindre jusqu'à 12 mois dans certaines zones, même urbaines).

Ceci pose un indiscutable problème de santé publique car le retard à la prise en charge de certaines pathologies peut-être très délétère pour le patient et ce de façon définitive. La situation actuelle est en effet alarmante s'agissant du dépistage de certaines affections dont la fréquence s'accroît, et ceci est vrai quelque soit l âge des patients :

- Chez l'enfant, la découverte d'une anomalie visuelle avant trois ans est essentielle pour ne pas faire courir le risque d'une amblyopie définitive. L'INSERM constate que 40 % des troubles visuels du jeune enfant ne sont pas détectés faute de moyens suffisants.

- Chez l'adulte c'est à l'âge de la presbytie que débutent et se manifestent des affections ophtalmologiques très fréquentes :

¤ La dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui touche 12% de la population de plus de 65 ans et qui peut bénéficier de nouveaux moyens thérapeutiques, d'autant plus efficaces qu'appliqués tôt.

¤ Le glaucome chronique très fréquent, insidieux, du fait de l'absence de douleur, et parce que débutant par une atteinte intéressant au début le seul champ visuel périphérique et donc non ressentie; le risque est majeur d'une reconnaissance trop tardive, quand le champ visuel central sera touché et que l'atrophie du nerf optique sera définitive.

** Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine*
*** composé de JL Arné JL Dufier, H Hamard, JR Legall, F Legent, G Nicolas.*

Une prise systématique du tonus oculaire, qui fait partie de l'examen de tout presbyte, est la façon simple de reconnaître l'affection à un stade précoce et d'arrêter le processus. Les longs délais pour obtenir un rendez-vous font que le patient ira souvent se procurer des lunettes loupes en vente libre dans le commerce, dont le port le rassurera car une correction plus ou moins parfaite de sa presbytie améliorera son confort visuel, le privant de cette chance de dépistage. On estime que sur 1 million deux cent mille glaucomateux en France, quatre cent mille sont ignorés

¤ Par ailleurs, les statistiques indiquent un suivi ophtalmologique insuffisant pour environ 800 000 diabétiques de type II, conséquence de ces difficultés.

L'ophtalmologie est une spécialité médicale, chirurgicale et optique :

- *médicale*, traitant des affections purement locales, mais aussi concernée par les conséquences oculaires des pathologies générales,

- *chirurgicale*, s'agissant des interventions sur l'œil et ses annexes, orbite et paupières,

- *optique*, l'étude de la réfraction oculaire pouvant conduire à la prescription de corrections optiques ou amener à réaliser une chirurgie réfractive; mais surtout, elle est l'occasion d'un examen ophtalmologique de l'ensemble de l'appareil de la vision.

Il faut rappeler que les ophtalmologistes ont la particularité d'effectuer eux-mêmes la grande majorité des *actes d'exploration* nécessaires à leur spécialité (angiographies, échographies, biométries, tomographies par cohérence optique, ultra-biomicroscopies par ultrasons, topographies cornéennes, champs visuels, aberrométrie, techniques diverses d'imagerie médicale...), ainsi que les *traitements physiques* (par différents types de lasers : excimer, Yag, argon, diode, à colorants...) et les *actes chirurgicaux* (réfractifs, cataractes, glaucomes, strabismes, paupières, orbites...).
Il s'agit d'un cas quasi unique en médecine.

B- La mission de ce groupe de travail

Ce groupe de travail a eu pour mission d'apprécier l'état actuel de la prise en charge des affections ophtalmologiques en France, de mettre en l'évidence les

difficultés rencontrées et de proposer des solutions pour pallier les problèmes liés à l'insuffisance de soins.

C-Différentes personnalités ont été auditionnées pour éclairer les membres du groupe de travail :

- Monsieur le Docteur Bertrand Arnoux, membre du bureau du Syndicat National des Ophtalmologistes de France.
- Mme le Professeur Creuzot Garchet, chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital de Dijon et présidente du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France.
- Mme le Docteur Suzanne Tartière, médecin au SAMU de Paris et directrice médicale du SAMU social de Paris
- M. le Docteur Patrick Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OPHTALMOLOGIE EN FRANCE : LES CHANGEMENTS DE LA PRATIQUE

I- LES PATIENTS ET LEURS BESOINS

1- LES EVOLUTIONS DE L'EXERCICE

La spécialité est confrontée à une forte hausse de son activité, que les professionnels estiment à + 65 % (source SNIR) par spécialiste entre 1990 et 2009.

L'évolution de l'activité concerne surtout les actes techniques, qui ont augmenté de 310 % entre 1990 et 2009.

La part de l'optique est en recul. Son utilité est toutefois majeure car elle permet d'assurer la prévention et le dépistage des pathologies chroniques dont beaucoup sont asymptomatiques au début, telles que maculopathies liées à l'âge, rétinopathies diabétiques et surtout glaucomes.

L'examen optique est en outre de base à la prise en charge des strabismes et de la rééducation de l'amblyopie.

Des évolutions importantes dans les modes de prise en charge des pathologies sont repérables:

- Deux fois moins de glaucomateux sont opérés aujourd'hui qu'il y a15 ans, la prise en charge par traitement médical étant prédominante.

- On envisage que la cataracte, qui représente 65 % de l'activité chirurgicale aujourd'hui, puisse se traiter au Laser Femto-seconde dans un

avenir proche, sans pour autant que la composante chirurgicale disparaisse totalement.

- Des transformations pourront également concerner le traitement de la dégénérescence maculaire.

Cependant, on estime improbable que cela aboutisse à une réduction globale des besoins de prise en charge par les ophtalmologistes, car si certains segments de l'activité peuvent se réduire, d'autres vont croître. C'est notamment le cas de la chirurgie réfractive, dont certaines analyses prédisent qu'elle constituera autour de 35 % la croissance de l'activité dans les 15 ans à venir.

2- LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

- *Les troubles de la réfraction*

Il y avait environ 31 millions de porteurs de corrections optiques en 2010 répartis en 2,3 millions chez les moins de 20 ans, 16 millions chez les sujets entre 20 et 59 ans et 12,7 millions chez les 60 ans et plus.

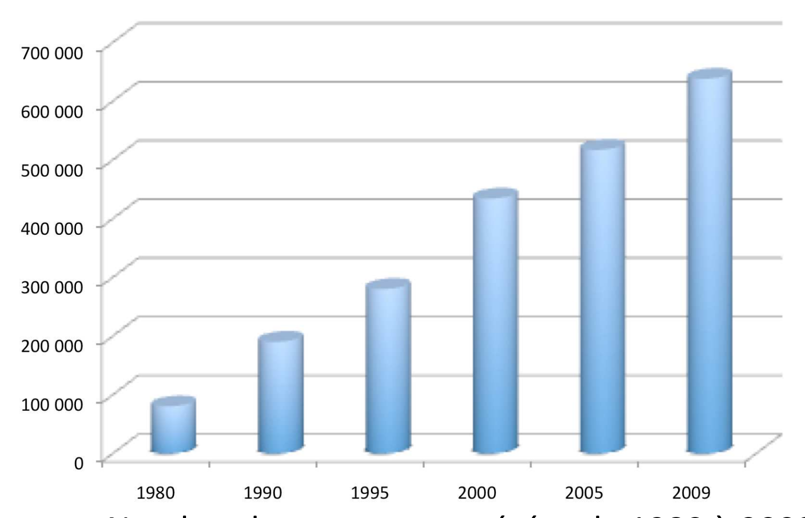
Les examens ayant un motif réfractif ne représentaient que 17% de l'activité ophtalmologique globale (moins en temps occupé, car ces examens sont peu chronophages).

Mais ils permettent une prévention primaire efficace: 30% des demandes d'examens réfractifs n'aboutissent pas à une prescription optique mais concluent à une autre cause; dans 36% de ces demandes, un deuxième motif de prise en charge apparaît.

- *Les pathologies de l'appareil oculaire*

Le PMSI nous apprend que 80,5% des séjours en établissements public ou assimilés pour une pathologie oculaire comportent un acte chirurgical, ce qui fait de l'appareil oculaire le plus chirurgical de tous les appareils.

- La progression de l'incidence de l'intervention de la cataracte est à peu près semblable dans tous les pays. Le nombre de cataractes opérées en France par an était de 80 000 en 1980, de 280000 en 1995 et de 637584 en 2009, 662553 en 2010, de 695689 en 2011. Il y a donc un facteur multiplicatif de 8 en 30 ans. L'hypothèse d'un nombre de 1000000 en 2020 est plausible.



Nombre de cataractes opérées de 1980 à 2009

La chirurgie de la cataracte est devenue de loin la première intervention chirurgicale en France, s'agissant des actes pris en charge par l'assurance maladie, et la deuxième cause d'hospitalisation après l'accouchement.
La chirurgie en ambulatoire se développe rapidement (19% en 1997, 44% en 2003 et près de 78% en 2009) ; la réduction de la durée d'hospitalisation et l'amélioration spectaculaire des résultats ont été remarquables.
L'anesthésie générale, qui était de loin la modalité la plus répandue il y a 25 ans, a cédé la place progressivement à l'anesthésie locorégionale, à la neurolept-analgésie potentialisée localement ou à l'anesthésie topique, et ceci a réduit considérablement le risque de morbidité chez des sujets souvent âgés. Le processus anesthésique s'est donc allégé, mais au détriment du confort du chirurgien qui doit prendre en compte l'état éveillé du patient et sa capacité à bouger. La chirurgie de la cataracte a connu depuis une vingtaine d'années une transformation radicale vers la micro-incision et l'ablation du cristallin *in situ* (phakoémulsification), rendant son apprentissage plus long et délicat. Des évolutions proches sont à prévoir, notamment la Femtochirurgie, un laser Femtoseconde réalisant l'essentiel de l'intervention, sans exclure néanmoins la participation du chirurgien.

L'accroissement du nombre d'interventions pose néanmoins la question de l'opportunité de l'indication de phakoexérèse. En effet, si la cataracte a longtemps été opérée uniquement lorsque le handicap visuel était devenu majeur, il apparaît qu'une intervention puisse actuellement être réalisée alors que la gêne est beaucoup plus modérée, la grande sécurité actuelle de la chirurgie et le taux élevé de succès renforçant la confiance des patients et les

poussant à solliciter une intervention précoce, dès que la baisse visuelle apparaît gênante pour la vie quotidienne.

À l'extrême, la chirurgie d'ablation du cristallin est parfois réalisée dans un but purement réfractif, pour permettre une correction de myopie forte d'hypermétropie forte ou d'une presbytie en mettant en place un implant adapté.
Cette indication purement de confort, si elle peut être acceptée médicalement, doit néanmoins être considérée comme une chirurgie purement réfractive et à ce titre ne pas donner lieu à prise en charge notamment par la sécurité sociale.

Différentes données chiffrées ont amené les responsables des caisses d'assurance-maladie à s'intéresser à cet aspect :

- d'une part, il avait été établi qu'il existait une dépendance linéaire entre le nombre de médecins par région et le nombre de chirurgies.
- d'autre part, une importante disparité régionale est certaine: le taux d'intervention rapporté à la population est apparu très supérieur dans trois régions. C'est ainsi que, dans les Alpes-Maritimes, où il y a 14 ophtalmologistes pour 100 000 habitants, il y a eu en 2010 1227 interventions pour 100000 habitants alors que dans le Pas-de-Calais où il y a environ 4 ophtalmologistes pour 100000 habitants il n'y a eu que 726 chirurgies pour 100 000 habitants.

Une étude a été réalisée en 2010 à l'initiative de la caisse primaire d'assurance-maladie du Languedoc-Roussillon portant sur le taux de chirurgie de la cataracte dans cette région chez les sujets relativement jeunes, de 45 à 65 ans. La proportion était de 16 % alors qu'elle est de 3,9% et 4,3 % dans cette tranche d'âge, dans deux études sur des grandes cohortes qui font référence, la Framingham study et la Beaver Dam study.
À l'issue de cette étude, deux messages ont été diffusés par les médecins conseils :

- L'assurance-maladie ne prend pas en charge l'extraction du cristallin clair
- Ce type de chirurgie comporte des risques.

	Effectif et %< 65 ans		% rapporté à la population de moins de 65 ans
Région	**2010**	**2010**	**2010**
Alsace	2533	0,137%	0,162%
Aquitaine	5116	0,158%	0,196%
Auvergne	1700	0,126%	0,158%
Basse-Normandie	1633	0,111%	0,136%
Bourgogne	2007	0,122%	0,153%
Bretagne	3703	0,116%	0,142%
Centre	2680	0,105%	0,129%
Champagne-Ardenne	1569	0,117%	0,141%
Corse	424	0,137%	0,172%
Départements d'Outre-Mer	3010	0,162%	0,181%
Franche-Comté	1291	0,110%	0,133%
Haute-Normandie	2221	0,121%	0,144%
Ile-de-France	16630	0,141%	0,161%
Languedoc-Roussillon	4348	0,165%	0,205%
Limousin	1108	0,149%	0,192%
Lorraine	2888	0,123%	0,147%
Midi-Pyrénées	3744	0,130%	0,160%
Nord-Pas-de-Calais	5137	0,127%	0,148%
Pays de la Loire	4663	0,131%	0,158%
Picardie	1936	0,101%	0,119%
Poitou-Charentes	2319	0,131%	0,165%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7621	0,155%	0,193%
Rhône-Alpes	7491	0,120%	,143%
Total	**85707**	**0,136%**	**0,159%**

Taux de patients opérés avant 65 ans rapporté à la population de moins de 65 ans dans les différentes régions

- La chirurgie rétino-vitréenne a connu aussi des améliorations et des évolutions considérables. En volume d'actes, la chirurgie rétino-vitréenne a augmenté de 36%, destinée surtout à la prise en charge des rétinopathies diabétiques et des décollements de rétine.

En outre, la prise en charge des dégénérescences maculaires liées à l'âge et aussi des occlusions veineuses et des maculopathies diabétiques par injections intra-vitréennes est devenue une activité majeure et réclame de plus en plus la réalisation de nombreux examens complémentaires.

- La chirurgie réfractive a connu un essor considérable en quinze ans, et bien que le nombre exact d'interventions soit impossible à connaître, on considère qu'il dépasse actuellement celui de la cataracte.

Elle s'adressait initialement avant tout à la myopie et à un moindre degré à l'astigmatisme ; elle consistait le plus souvent à remodeler la cornée. Elle était réalisée surtout par des incisions cornéennes, rarement par des techniques de greffes lamellaires de la cornée modifiées.

L'utilisation de lasers excimer a rendu cette chirurgie plus facile, moins dépendante de l'habileté du chirurgien, et a surtout élargi considérablement les indications. Le développement assez récent de la chirurgie de la presbytie a ouvert un champ considérable.

Dans des cas plus rares, la chirurgie réfractive ne s'adresse pas à la cornée mais est réalisée par mise en place d'un implant dans un œil conservant son cristallin ou encore, on l'a vu, par ablation du cristallin, remplacé par un implant destiné à corriger l'anomalie réfractive.

Les actes de chirurgie réfractive ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et donc à la charge des patients. Certaines mutuelles offrent à leurs adhérents un remboursement partiel des actes.

La cour Européenne de justice, dans un arrêt de 2003, avait jugé que « seules les prestations à finalité thérapeutique étendues comme celles menées dans le but de prévenir, de diagnostiquer, de soigner, et dans la mesure du possible de guérir les maladies ou anomalies de la santé sont susceptibles de bénéficier de l'exonération de TVA »

Une TVA à 19,6 % vient d'être appliquée aux actes de chirurgie esthétique.

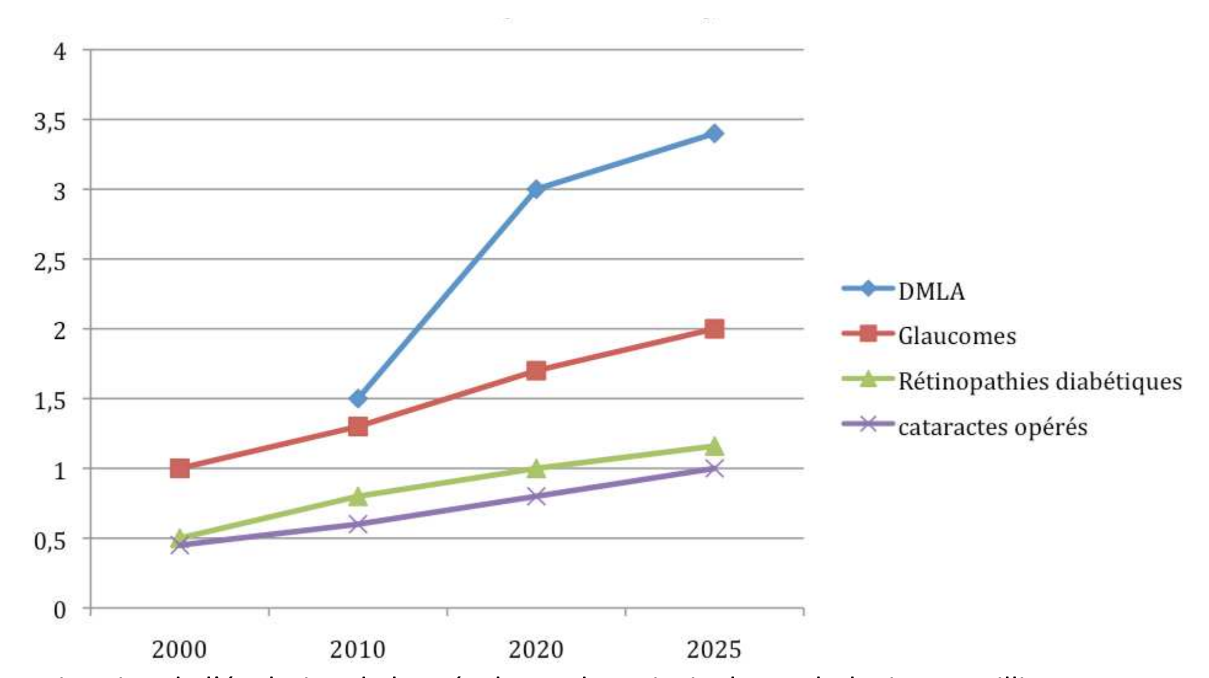
La SAFIR, (Société des associations françaises des implants et de chirurgie réfractive), société scientifique regroupant la majorité des chirurgiens de la réfraction a précisé dans un courrier du 24 juin 2012 :

« A la suite de modifications réglementaires d'interprétation de diverses formes d'activités médicales et chirurgicales, la SAFIR rappelle que la chirurgie réfractive n'est pas une chirurgie cosmétique ou esthétique mais une chirurgie réparatrice de la fonction visuelle. Le caractère réparateur d'un handicap

constitue une thérapeutique soumise à la décision partagée du médecin et du patient »

- Le reste de la chirurgie ophtalmologique a assez peu augmenté, voire stagné, surtout en raison de l'amélioration de la prise en charge par des traitements médicaux.

On peut réaliser une *estimation de l'évolution de la prévalence des principales pathologies ophtalmologiques entre 2000 et 2025* mais il est difficile de prévoir la variation des moyens mis en œuvre pour suivre une pathologie donnée. Un exemple particulièrement démonstratif est fourni actuellement par la prise en charge des dégénérescences maculaires liées à l'âge (DMLA) à forme néovasculaires. Là où un examen annuel était suffisant il y a dix ans, il faut parfois revoir aujourd'hui le patient une dizaine de fois dans l'année.



Estimation de l'évolution de la prévalence des principales pathologies en millions

Une poursuite de la progression de l'activité de prise en charge des pathologies ophtalmologiques est à prévoir et s'explique par:

- *Une évolution rapide de la démographie française*

Chaque année le nombre d'habitants croit d'environ 350 000 par la conjonction de trois phénomènes :

¤ Une natalité forte qui dépasse régulièrement les 800 000 naissances depuis l'année 2000.

¤ Une mortalité faible à 540 000 décès par an en moyenne.

¤ Un solde migratoire positif de l'ordre de 100 000

- Un vieillissement de la population

L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans) est passé de 19 à 69 en 30 ans.

Dans les quinze prochaines années, la population des plus de 60 ans augmentant de 50%, cela va nécessairement engendrer une croissance importante des pathologies liées à l'âge, dont, en ophtalmologie, les cataractes, les dégénérescences maculaires liées à l'âge, la rétinopathie diabétique, les glaucomes et les pathologies de la surface oculaire par insuffisance lacrymale.

- *La prise en charge des urgences ophtalmologiques*

Elle est en majorité le fait des centres hospitaliers vers lesquels les urgences sont souvent dirigées directement par les secouristes du SAMU ou parce que les patients s'y adressent de leur propre chef.

L'organisation de la prise en charge de ces urgences en milieu hospitalier, du fait de leur nombre élevé et parce que le praticien de garde peut-être occupé au bloc opératoire passe souvent par une sélection préalable réalisée par l'infirmière selon des critères visant à déterminer les priorités. C'est ainsi que dans un grand centre hospitalier parisien, sept situations sont définies comme prioritaires lorsqu'un patient se présente de son propre chef, sans lettre de son médecin : brûlure chimique, infection postopératoire, plaie du globe évidente, baisse d'acuité visuelle brutale, diplopie, brutale, douleurs avec ou sans rougeurs, enfant de moins de six ans. Il est évident que ce mode de sélection apparaît un peu approximatif, la douleur oculaire étant ressentie de façon très différente selon les sujets et son association à une rougeur pouvant correspondre à des pathologies de gravité très différente, telles que conjonctivite ou glaucome aigu.

Dans les centres hospitaliers universitaires, la prise en charge est le plus souvent assurée par un interne sur place et un « senior » d'astreinte.

Dans les hôpitaux généraux, il existe parfois une astreinte téléphonique assurée soit par l'ophtalmologiste plein temps lorsqu'il y a un, soit par des praticiens libéraux; toutefois, les différences sont importantes suivant les régions et les villes, et l'organisation est souvent difficile du fait de la faible rémunération de ces astreintes.

En libéral, dans les agglomérations où existent de gros cabinets de groupe, un système de garde est souvent organisé, surtout destiné à la surveillance de patients hospitalisés ou récemment opérés, ou encore à

la prise en charge de personnes entrant pour une chirurgie réglée. Les urgences médicales sont en général assurées. Les urgences chirurgicales sont la plupart du temps adressées aux centres hospitaliers.

- *La prise en charge des déficients visuels* constitue un problème d'importance croissante.

En France, la cécité est définie par une acuité visuelle corrigée inférieure à un 1/20ème, la malvoyance par une acuité visuelle corrigée comprise entre 1/20éme et 4/10ème et un champ visuel compris entre 10 et 20 degrés.

La déficience visuelle affecte majoritairement les personnes de plus de 65 ans, au stade final d'une atteinte visuelle bilatérale.

On évalue actuellement le nombre des aveugles en France à 62 000, celui des malvoyants à 1 641 000.

Le but de la prise en charge est d'améliorer la qualité de vie de la personne malvoyante, qui doit recouvrer son autonomie et continuer à vivre à son domicile. La thérapie est de nature essentiellement rééducative. Quatre principes encadrent cette prise en charge :

- Toute personne présentant une déficience visuelle bilatérale peut bénéficier d'une rééducation, quel que soit son âge.
- Un examen initial très précis est indispensable avant toute démarche thérapeutique. Il analyse l'état oculaire, mais aussi apprécie la qualité des circuits de traitement de l'information visuelle et ses capacités d'adaptation.
- Les résultats du bilan vont permettre de proposer au patient un projet individualisé de rééducation adapté à ses besoins: développement de la vision fonctionnelle (encore appelée rééducation de la basse vision), des activités de la vie journalière, de la locomotion, de l'accompagnement psychologique. La compensation du handicap visuel s'appuie donc sur une équipe pluridisciplinaire.
- Enfin, un examen final est nécessaire pour mesurer les résultats en regard des moyens utilisés et des besoins exprimés par la personne. L'évaluation du parcours rééducatif est indispensable à la progression des connaissances.

Si la prise en charge de l'enfant dont la pathologie a été dépistée est largement développée et répond à l'ensemble des besoins, la situation est beaucoup moins satisfaisante chez l'adulte et surtout chez les personnes âgées. L'offre actuelle de soins repose essentiellement sur des professionnels de santé

(orthoptistes, ophtalmologistes, opticiens) exerçant en secteur libéral et sur de trop peu nombreux établissements spécialisés dans la rééducation lourde.

- *Le dépistage des troubles visuels chez l'enfant*

Son importance est majeure puisque l'on considère que sur 750 000 enfants qui naissent chaque année, 100 000 ont déjà ou vont avoir un problème de vision (10 % de pathologies oculaires organiques, 30 % de strabisme, 60 % d'amétropies)
Le but du dépistage visuel chez l'enfant est d'éliminer rapidement un obstacle à la formation de l'image rétinienne, qui entraînerait un risque d'amblyopie, et d'assurer un développement visuel harmonieux de chacun afin de permettre l'acquisition d'une binocularité. - L'existence d'une anomalie visuelle unilatérale peut être à l'origine d'une amblyopie définitive si elle est diagnostiquée au delà de l'âge de trois ans. Or dans la grande majorité des cas, un simple équipement en lunettes et une occlusion temporaire de l'œil sain peut suffire à régler définitivement le problème.
La mise en œuvre d'un dépistage systématique des anomalies visuelles à la naissance, au quatrième mois, entre neuf et douze mois, et en première année de maternelle a été recommandée lors de l'expertise collective faite par l'INSERM en 2002. Ceci est loin d'être réalisé et la découverte des déficits visuels est souvent fortuite et tardive, faute d'un examen ophtalmologique.
En outre, 80 % des malvoyances et des cécités infantiles étant génétiquement déterminées, l'examen systématique des familles à risque devrait être développé.

II- LES ACTEURS DE LA FILIERE DE SOINS.

1- *LES OPHTALMOLOGISTES*

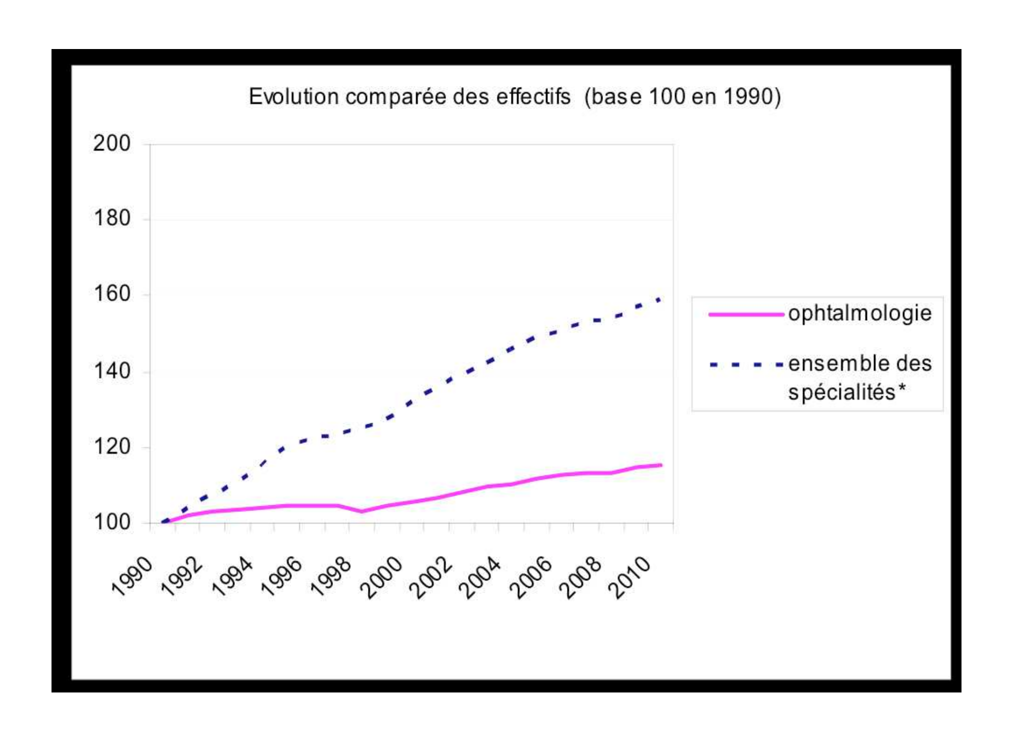
La démographie médicale constitue un sujet sensible dans le développement des politiques de santé depuis une vingtaine d'année. La pénurie trouve son explication dans un relèvement trop tardif du numerus clausus et dans un mauvais (voire une absence de) pilotage de la répartition des postes formateurs entre les différentes spécialités et les régions. Le besoin de ne pas considérer isolément la démographie médicale, mais au contraire de la positionner en fonction des acteurs environnants (paramédicaux, industriels, distributeurs) et des bénéficiaires (malades, populations à risques), est récente.

L’ophtalmologie va, dans les vingt prochaines années, affronter les mêmes problèmes que le reste de la médecine, avec cependant quelques particularités. La principale est que l’ophtalmologie est en avance : en avance sur la pénurie annoncée de médecins, sur l’augmentation de la demande de la part de la population, aux effets du vieillissement de la population s’ajoutant de nouvelles demandes créées par les progrès de la technique.
Au 1er janvier 2012, selon la source RPPS, 5 808 ophtalmologistes sont recensés en France, 5309 selon l'ordre des médecins. Ils représentent aujourd’hui 2,7 % des médecins, contre 3 % en 1990.

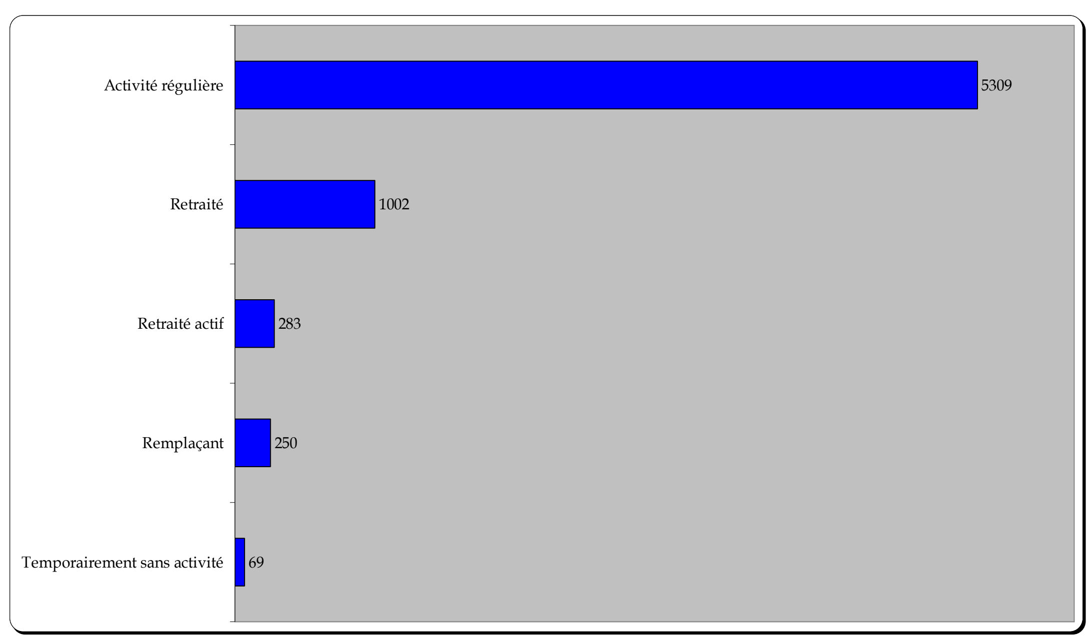
Effectifs des ophtalmologistes au 1er janvier 2011	ADELI			Ordre des médecins
	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total spécialistes	
	5761	7	5768	5303

La différence entre les chiffres ADELI et ceux de l’ordre des médecins tient à ce que ce dernier ne prend en compte que les médecins en activité régulière, excluant les remplaçants ou les médecins en cessation temporaire d'activité.

L’évolution des effectifs des ophtalmologistes fait apparaître une croissance régulière entre 1999 et 2011. Le taux de croissance pour cette période est de 5,9% ce qui représente un taux annuel moyen de 0,5 %. Si l’on compare avec la situation de l’ensemble des spécialistes (en excluant les spécialistes en Médecine interne) on a pour ces derniers un taux de croissance presque double pour la même période de 9.7 % avec un taux annuel moyen de 0.8 %.

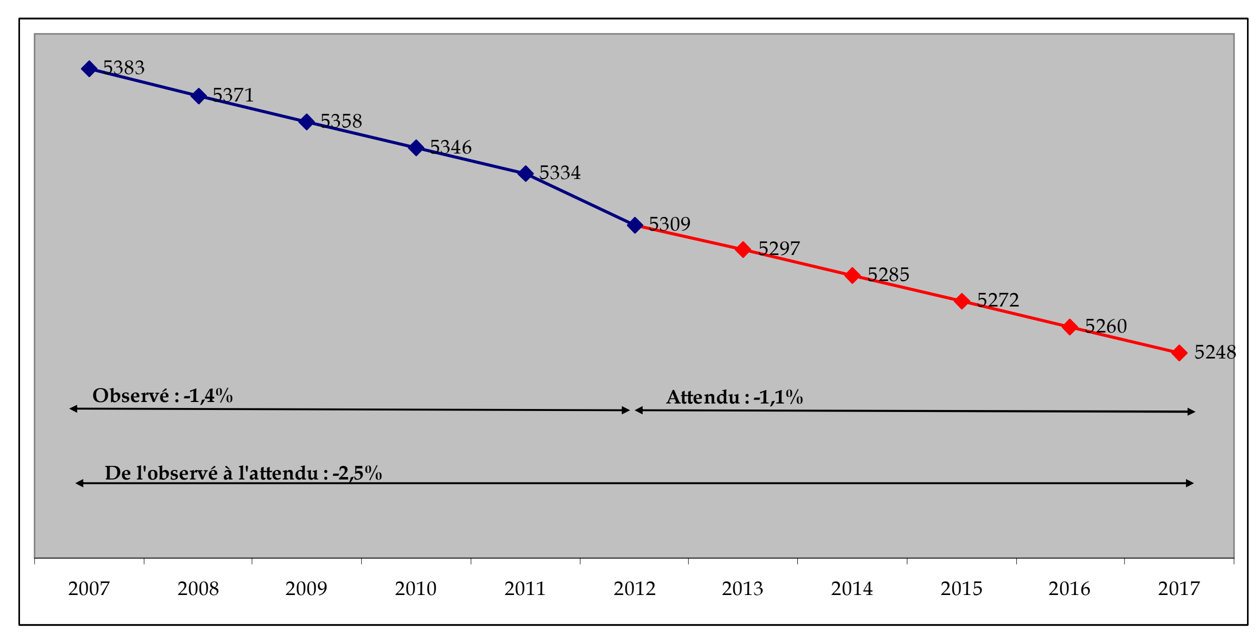


En revanche, si l'effectif total est resté identique entre 2007 et 2012, le nombre d'ophtalmologistes exerçant une activité régulière à diminué de 1,4 % alors que les retraités actifs ont augmenté de 241 %.



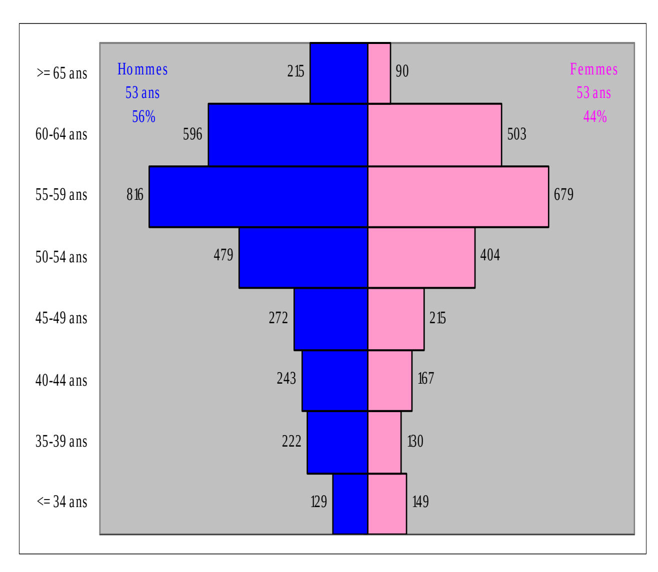
Atlas de Démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2012

Les prévisions démographiques actuelles du Conseil National de l'Ordre des Médecins sont inquiétantes puisque elles font prévoir une diminution de 1,1 % du nombre des praticiens ayant une activité régulière.



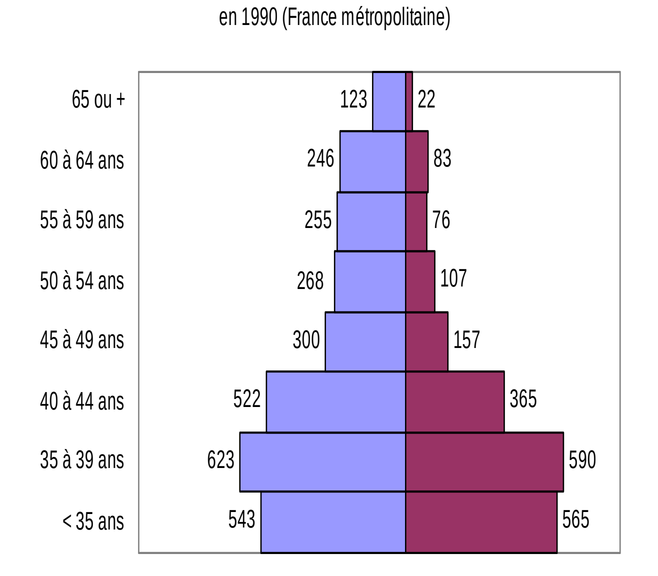
Atlas de Démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2012

L'âge moyen des ophtalmologistes (52,9 ans) est supérieur de 1,5 an à celui de l'ensemble des spécialistes (51,4 ans).
La part des ophtalmologistes âgés de 55 ans ou plus est de 48,6 %, supérieure de 5,3 % à la part correspondante pour l'ensemble des spécialistes (43,3 %).



Pyramide des âges des ophtalmologistes en 2010 .Atlas de la démographie médicale du CNOM 2012.

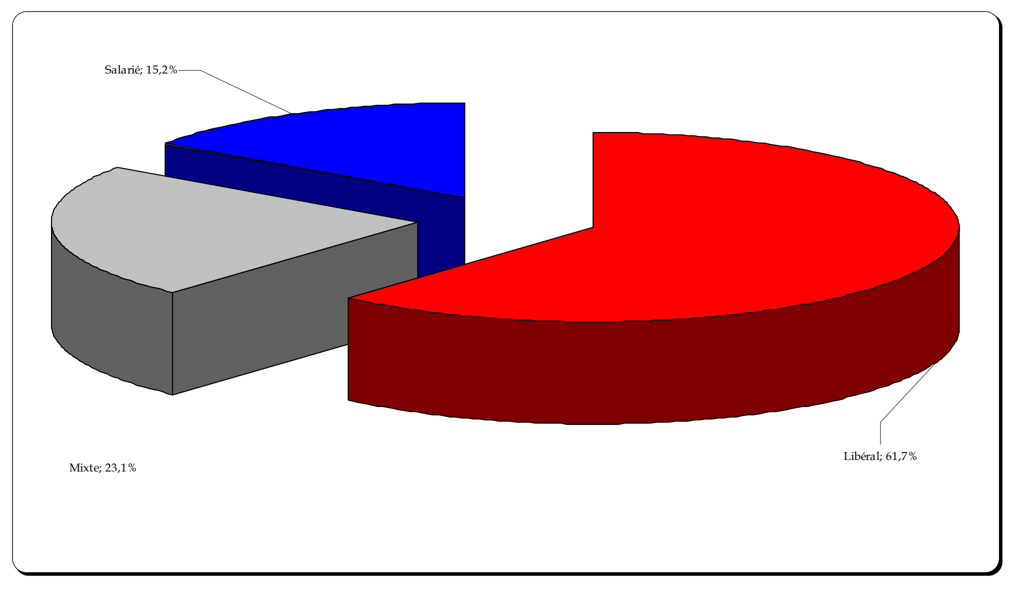
La pyramide des âges est très différente de celle observée 20 ans plus tôt.



Pyramide des âges des ophtalmologistes en 1990

La spécialité compte actuellement *44 % de femmes*.

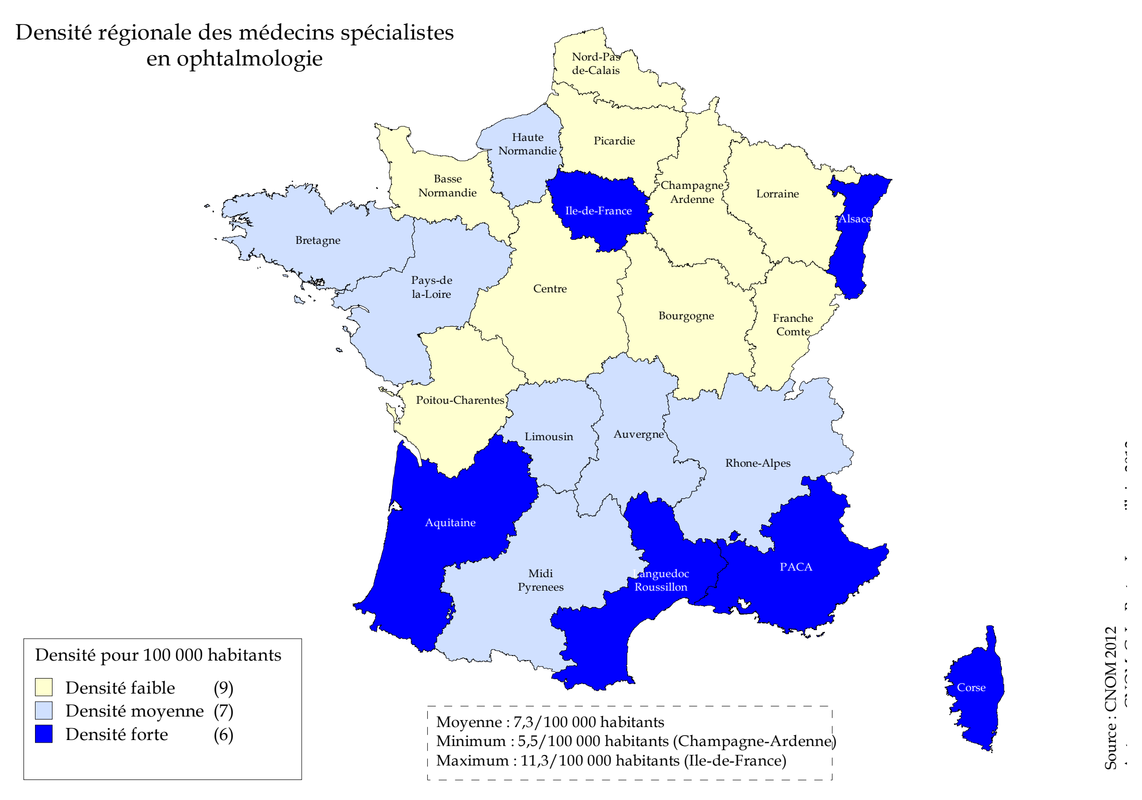
Mode d'exercice : 84.8 % des ophtalmologistes exercent leur activité en cabinet libéral contre 15,2 % en établissement d'hospitalisation public ou privé.
61,7% exercent exclusivement en libéral, 23,1% ont une activité salariée en plus de leur activité libérale et 3,5 % sont hospitaliers à temps plein.
54,5 % des ophtalmologistes exercent en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit de dépassement permanent.



Atlas de Démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2012

Réparation géographique

En France la densité moyenne d'ophtalmologistes est de 8,8 pour 100 000 habitants. La région Ile-de-France, avec une densité de 12,5 ophtalmologistes pour 100 000 habitants est la région la mieux dotée, avec la région PACA (12,1 praticiens pour 100 000 habitants).
La densité à Paris est de 25 pour 100000 habitants.
Parmi celles les moins bien dotées, on trouve un groupe de six régions dont Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Centre, Nord-Pas-de Calais, Picardie, et les DOM (Au-dessous de 6,7 médecins pour 100 000 habitants.)
C'est inégale répartition des ophtalmologistes a pour corollaire un éloignement d'une partie de la population, avec des temps d'accès parfois importants. Emmanuel Vigneron, Professeur d'Aménagement Sanitaire, considère qu'aujourd'hui, plus de 2,3 millions d'habitants sont à plus d'une heure à aller-retour de l'ophtalmologiste le plus proche.
Toutefois si l'on excepte quelques zones rurales limitées et semi-désertiques dans les Alpes du Sud près de la frontière italienne, dans le Massif Central (Lozère), en Champagne ou dans le Limousin, il est très difficile de trouver en France deux ophtalmologistes distants de plus de 60 kms, ce qui paraît acceptable en considérant qu'il n'y a pas d'urgence vitale dans cette spécialité.



Atlas de la démographie médicale du CNOM 2012.

Les ophtalmologistes libéraux sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire. Au niveau national, la densité est de 7,5 pour 100 000 habitants en 2010 mais cette densité varie de 3,3 en Haute Saône à 18,3 à Paris. Les densités sont globalement plus élevées dans les régions côtières, le sud de la France, la vallée du Rhône et la région Parisienne et, d'une façon générale, dans les départements où existe un CHU.

Chacun des ophtalmologistes de Charente a soigné en moyenne 5674 patients différents en 2010, chacun de ceux du Var 3403.

La proportion des praticiens en secteur 2 ou secteur 1 avec dépassement permanent varie de 20 % dans 11 départements, tous profondément ruraux, à plus de 60 % dans 26 départements, urbains et métropolitains pour la plupart ou méridionaux. La part du secteur 2 dépasse 85 % à Paris. Il est donc souvent difficile pour un patient de trouver un ophtalmologiste proche exerçant en secteur 1. Il semble d'ailleurs que les patients ne choisissent pas toujours de consulter le praticien le plus proche mais qu'ils donnent priorité à sa réputation.

France 2011
Médecins ophtalmologistes libéraux du Secteur 2

% de médecins ophtalmologistes libéraux
exerçant en secteur 2 par Zone d'Emploi
moyenne nationale : 54 %
100 %
80
60
40
20
0 %
©NFT - 2012
Source des données - Ameli.fr
Source cartographique : Articque
0 50km 100

Les étrangers représentent 5 % de l'effectif. Environ 20 à 30 arrivent tous les ans de la zone de l'Union Européenne; une centaine dans les hôpitaux

proviennent de la zone hors UE et ne sont pas inscrits à l'Ordre, 10 à 15 par an voient leur exercice validé par la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Une arrivée importante de médecins Roumains est observée dans la période récente, dont il est difficile de dire si elle va se pérenniser dans le temps.
La prudence dans les installations des jeunes diplômés, qui est observable aujourd'hui est mise en lien avec les investissements à assumer et la difficulté de plus en plus fréquente à avoir accès à un plateau chirurgical offrant des conditions satisfaisantes. Ceci explique les fréquents regroupements autour des plateaux techniques.

2-*LES ORTHOPTISTES*

Entre 2000 et 2009 (source DREES), les orthoptistes ont vu leur effectif augmenté de 864, passant de 2217 à 3081, soit un accroissement de 39%. Il est de 3655 en 2012.
Cette augmentation a profité au secteur salarié, ce qui traduit un changement important puisque jusqu'en 2000, seulement 1/3 des étudiants reçus avaient choisi ce mode d'exercice. Les orthoptistes salariés exclusifs ont vu leur nombre croître de 62% sur la période, et en 2009, environ 50% des orthoptistes avaient un exercice salarié exclusif ou non.
En six ans, le nombre d'élèves orthoptistes pris en première année a plus que doublé. Le nombre d'écoles est passé de 12 à 15.
Les études d'orthoptie vont évoluer dans le cadre de la séquence Licence-Master-Doctorat (Rapport Hénart, Berland, Cadet, sur les nouveaux métiers de la santé qui est sorti en janvier 2011).

3-*LES OPTICIENS*

Cette profession a la particularité d'être à la fois paramédicale et commerciale, avec inscription au registre du commerce. Le diplôme actuel pour exercer est le Brevet de Technicien Supérieur d'Optique-Lunetterie (2 ans d'études)
L'activité essentielle est la délivrance des verres correcteurs d'amétropie. Dans tous les cas, une prescription médicale est nécessaire pour les patients au-dessous de 16 ans.
L'adaptation des lentilles de contact reste par contre un acte médical.
On observe une augmentation considérable du nombre de nouveaux diplômés depuis 20 ans, qui passe de moins de 300 par an en 1990 à plus de 1000 par an en 2000, pour atteindre 2136 en 2009. En 2001, il y avait 11 026 opticiens

d’après la DREES, au 1er janvier 2010 ils étaient 20700, soit quasiment le double.

4-*LES OPTOMETRISTES*

Ils sont entrés dans le paysage de l'ophtalmologie Française après les accords de Maastricht puisque que la formation en optométrie n'existait pas antérieurement en France.

- La formation s’effectue après l'obtention du BTS Opticien-Lunetier (Bac +2), passage obligé pour accéder aux formations en optométrie.
- Il y aurait 3000 optométristes en France; en fait, le cursus complet proposé par la faculté des sciences comprend 5 DU. Il s’agit d’une formation purement scientifique. La majorité des étudiants s'arrête à 2 DU en raison du manque de reconnaissance de la profession et donc de l'absence de retour sur investissement de ces études payantes. Le nombre d'opticiens ayant les 5 DU ne dépasserait pas 300.
- En France, l'optométrie n'est pas une profession reconnue par le code de la santé publique

Les optométristes peuvent exercer leur activité :

- dans un magasin d’optique ;
- dans un cabinet d'ophtalmologie

SYNTHESE

La population qui consulte vieillit : les principales pathologies de la sphère ophtalmologique, souvent asymptomatiques au début, (cataracte, glaucome, complications de la rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l’âge) augmentent.

La part chirurgicale est également en augmentation: elle entraîne donc une augmentation de l’activité.

La part de l’optique se réduit: cette part reste cependant nécessaire sinon indispensable dans l’activité des ophtalmologistes, car elle demeure le seul moyen d’aborder la prévention et le dépistage.
La diminution de la démographie des ophtalmologistes et les délais qui peuvent être imposés ne sont sûrement que rarement préjudiciables pour la prise en charge des pathologies médicales ou chirurgicales lorsqu'elles ont été diagnostiquées. Par contre, un véritable problème se pose quant au dépistage des affections insidieuses. Ainsi, les difficultés à obtenir un rendez-vous amènent de nombreux patients presbytes à s'équiper de systèmes grossissants achetés dans des pharmacies ou des commerces de grande diffusion; ils ne feront pas l'objet d'une consultation ophtalmologique et risquent ainsi de laisser évoluer à bas bruit des affections au début asymptomatiques et dont le diagnostic précoce est essentiel pour éviter une dégradation visuelle irréversible.

III- LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES

1- AUGMENTER LE NOMBRE D’INTERNES EN FORMATION

La formation des ophtalmologistes a longtemps été permise par 2 filières: le certificat d'études spéciales (CES) et l'internat. Les CES pouvaient se limiter à une activité médicale ou tenter d'acquérir une formation chirurgicale, qui était en général dispensée aux seuls internes pendant le cursus de formation.
Il est impossible d'avoir des données chiffrées sur le nombre d'anciens CES encore en exercice mais il est à l'évidence très réduit.

Actuellement, seuls sont formés des internes qui suivent la maquette du DES :

- 6 semestres dans des services d’ophtalmologie agréés dont 4 au moins dans des services CHU et au moins un dans un service en dehors du CHU d’origine
- 4 semestres dans des services de spécialités médicales et chirurgicales agréés :
    - au moins un dans un service de spécialités médicales, de préférence endocrino-diabétologie, neurologie, médecine interne.
    - au moins un dans un service de spécialités chirurgicales telles que chirurgie maxillo-faciale, ORL, neurochirurgie.
    - Un 7ème semestre peut éventuellement être effectué dans un service d’ophtalmologie agréé.

Entre 2007-2008 et 2010-2011, les effectifs d'internes inscrits en 3ème année de DES d'ophtalmologie ont diminué de 16%.
De 1999 à 2009, le Numérus Clausus à l'entrée des Etudes Médicales a été multiplié par 2. De même, le nombre de postes d'internes à l' examen classant national (ECN) a progressé de 94 % de 2004 à 2011.

La Loi HPST de 2009 a changé profondément la donne.
La priorité est accordée à la médecine générale qui se voit affecter plus de la moitié des postes offerts à l'Examen Classant National (ECN).

Dorénavant (article 43), existe une filiarisation par spécialité et par subdivision d'Internat. Les besoins en postes formateurs doivent être évalués par période de cinq ans depuis de 2010**.**

La filiarisation se traduit par une augmentation du nombre de postes ouverts pour le DES d'ophtalmologie par rapport à la situation avant sa mise en place. Elle est supérieure à la croissance des postes ouverts aux ECN pour la discipline « spécialités chirurgicales » sur la période 2011-2015.
En 2012, les chiffres sont de 123 postes attribués pour 117 prévus. Cela représente une proportion d'environ 1,40 % du nombre de postes à l'ECN.
L'augmentation des flux de formation est présentée comme nécessaire car la diminution des effectifs paraît inéluctable compte tenu de l'importance des départs en retraite. Dans les 5 ans à venir, 270 ophtalmologistes devraient partir en retraite (*source DREES*), 660 d'ici 10 ans et 980 d'ici 15 ans, dans l'hypothèse où la retraite est prise à 65 ans et que le nombre des plus de 65 ans en exercice reste stable.

Selon un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, le Nord-Pas-de-Calais et la Franche-Comté sont actuellement les seules régions capables de compenser les départs, si l'on projette les effectifs actuellement affectés à l'ophtalmologie. D'autres régions (Lorraine, Bourgogne, Bretagne, Pays-de-Loire, Limousin, Picardie, Rhône-Alpes) proposent de former beaucoup plus d'ophtalmologistes qu'actuellement, pour compenser les départs, voire augmenter la densité. D'autres sont complètement déconnectées des départs prévus (Ile-de-France, PACA, Aquitaine, Alsace,...).

Analyse des postes d'ophtalmologie à l'ECN en 2012

REGIONS	postes ECN 2010	postes ECN 2011	postes ECN prévus 2012	postes ECN 2012 (arrêté juillet 2012)	différence 2012 ECN réel/prévu	postes ECN 2012 proposés par l'AFO	2012 AFO Ministère	objectif final
Alsace	3	4	5	4	-1	5	1	5,6
Aquitaine	5	5	5	5	0	8	3	11,0
Auvergne	4	4	5	5	0	4	-1	4,1
Basse-Normandie	1	1	1	3	2	3	0	4,0
Bourgogne	3	4	5	5	0	4	-1	4,4
Bretagne (Brest+Rennes)	6	5	6	6	0	8	2	9,3
Centre	3	3	3	2	-1	5	3	7,2
Champagne-Ardennes	2	2	2	4	2	3	-1	3,9
Franche-Comté	3	3	3	3	0	3	0	3,5
Haute-Normandie	3	3	2	3	1	4	1	4,8
Ile de France	20	20	20	20	0	35	15	43,9
Languedoc-Roussillon	3	3	3	4	1	6	2	10,6
Limousin	1	2	1	1	0	2	1	2,3
Lorraine	3	5	5	5	0	6	1	6,5
Midi Pyrénées	3	3	3	4	1	6	2	10,5
Nord Pas de Calais	10	10	10	10	0	10	0	10,2
Pays de Loire (Angers+Nantes)	6	6	6	4	-2	8	4	10,3
Picardie	2	2	2	3	1	4	1	5,5
Poitou Charentes	3	1	3	3	0	4	1	5,3
PACA + Corse (Marseille+Nice)	5	7	7	8	1	14	6	20,1
Rhône Alpes (Lyon+Grenoble+St Etienne)	15	16	17	18	1	18	0	21,1
Antilles-Guyanne	2	2	3	3	0	4	1	6
TOTAL	*106*	*111*	*117*	*123*	*6*	*164*	41	210

La demande formulée est d'atteindre rapidement 160 postes à l'ECN, c'est-à dire en 2 à 3 ans. La variation du nombre de poste devra se faire en fonction des changements de la population du pays pour maintenir le chiffre de 8 praticiens pour 100000 habitants. Il apparaît surtout essentiel que la répartition se fasse en faveur des régions dans lesquelles la démographie médicale et la plus sinistrée.
Il existe des difficultés pour organiser la formation en particulier chirurgicale des D.E.S. Elle n'est envisageable que par une augmentation du nombre de terrains de stages, insuffisant dans les seuls centres hospitalo-universitaires. Ceci peut se faire avant tout par une collaboration avec les hôpitaux généraux.
L'ouverture de stages mixtes libéral-hôpitaux ou cliniques est envisagée positivement sous la réserve impérative, pour les professionnels, que leurs agréments ainsi que ceux des formateurs, répondent à des critères pédagogiques identiques à ceux qui prévalent en secteur hospitalier. Toutefois, de nombreuses structures privées susceptibles d'accueillir des internes pour un stage refusent cette éventualité.

2- DEVELOPPER LE TRAVAIL AIDE

L'article L.4011-1 du CSP précise : « Par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux:

- des transferts d'activité,
- ou d'actes des soins,
- ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

Différents partenaires pour le travail aidé ont été envisagés, afin de mettre en place une démarche de collaboration pour réorganiser la prise en charge des patients.

1- *Les médecins généralistes*

Cette possibilité est envisagée par un certain nombre d'Agences Régionales de Santé. Les médecins généralistes pourraient travailler dans un cabinet d'ophtalmologie afin de disposer du matériel nécessaire. Ils pourraient bénéficier d'une formation à la pratique de l'examen de la réfraction. Ils réaliseraient des prescriptions de corrections optiques, lunettes et adaptation de lentilles de contact. Ils mesureraient la tension oculaire et pourraient

assurer le suivi de certains patients médicaux. Néanmoins, la grande majorité des médecins généralistes est déjà largement occupée par les besoins de leurs malades et peu d'entre eux apparaissent tentés par une telle collaboration.

2- les orthoptistes

L'évolution législative et réglementaire de l'orthoptie s'est donc faite très clairement en France depuis 2001 dans le sens d'une complémentarité entre l'orthoptie et l'ophtalmologie afin de dégager du temps aux ophtalmologistes, les orthoptistes pouvant intervenir soit dans le même temps que l'ophtalmologiste, soit en aval sur prescription médicale.

Le mode d'exercice des orthoptistes en France a évolué depuis l'année 2000 suite à la parution de différents décrets d'actes de 2001 et 2007.
Jusqu'en 2001, l'exercice de l'orthoptie se limitait à la rééducation orthoptique et à l'examen des déséquilibres oculomoteurs. En milieu hospitalier, il était toutefois permis aux orthoptistes de réaliser des examens du champ visuel et des examens d'électrophysiologie.
Des évolutions ont été permises par le Décret de 2001
- Il reconnaissait le droit aux orthoptistes de faire des réfractions oculaires complètes dans des circonstances bien particulières (dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents) après prescription médicale.
La réfraction est un élément essentiel et en général indispensable de tout examen ophtalmologique, même s'il ne le résume pas. Ce Décret donnait droit aux orthoptistes de participer à cette partie de l'examen ophtalmologique, permettant de libérer du temps médical, mais cette activité devait être incluse dans la nomenclature de l'ophtalmologiste. Il s'agissait d'une avancée majeure réclamée à la fois par les ophtalmologistes et les orthoptistes.
Le Décret de 2001 a clairement indiqué que l'action de l'orthoptiste ne peut se faire que sur prescription médicale et que l'interprétation des examens relevait de l'ophtalmologiste.
La modification du Code de la Santé Publique en 2006 (article L.3424-1) a indiqué que la prescription médicale n'était pas nécessaire pour tous les actes si l'orthoptiste exerçait dans le cadre d'un cabinet médical (donc en pratique en tant que salarié).
Cette formulation légalise ce qu'on appelle le «travail aidé».
Le Décret de 2007 a élargi les actes pouvant être réalisés: les rétinographies mydriatiques et non mydriatiques, la réfraction oculaire (pas seulement dans des cas particuliers), la pachymétrie cornéenne, la tonométrie sans contact, la tomographie par cohérence optique, la topographie cornéenne, l'angiographie

rétinienne (sans l'injection), la biométrie oculaire et la pose de lentilles de contact. La spécificité des examens concernés fait qu'en pratique, seul l'ophtalmologiste peut prescrire ou demander ces examens. Certains peuvent être réalisés en l'absence d'un médecin, d'autres nécessitent sa présence plus ou moins proche pour qu'il puisse éventuellement intervenir en cas de besoin.
Dans le cadre de la loi HPST et de son article 51 sur les nouvelles coopérations entre professionnels de santé, des délégations complémentaires sont à l'étude pour les orthoptistes ; ont été retenues :

- la délégation de l'adaptation des lentilles auprès de l'orthoptiste lors de la première demande, sous contrôle d'un ophtalmologiste.
- le transfert du suivi des glaucomateux, une visite sur deux
- le transfert du suivi des diabétiques deux fois sur trois; les clichés du fond d'œil seraient pris, par des orthoptistes formées puis télétransmis, en mode sécurisé et anonyme, à un centre de lecture où ils seraient interprétés par un ophtalmologiste spécialisé adhérent.
- la délégation du contrôle visuel des enfants entre 6 et 16 ans, après une consultation initiale par un ophtalmologiste.

Une expérimentation de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste a été réalisée dans la Sarthe selon les préconisations du rapport Berland. Le travail aidé a conduit à une réelle augmentation de l'activité du cabinet de l'ordre de 30 %. Il y a également plus de temps consacré aux soins pour le patient, le binôme médecin – orthoptiste améliorant l'examen de la vision grâce à la spécialisation de chacun des membres du binôme. Enfin, il n'y a pas de perte de chances pour le patient.
Un groupe financier tente de créer des centres proposant un bilan ophtalmologique standardisé au tarif de la sécurité sociale sans dépassement d'honoraires dans un délai de moins de 10 jours ; dans chaque centre, la prise en charge initiale et les premières mesures sont réalisées par un orthoptiste salarié. Le patient, vu ensuite par un ophtalmologiste est dirigé, si son état le nécessite vers un praticien ou un établissement appartenant à un réseau de correspondants.
La rentabilité économique serait permise par la réalisation pour chaque patient de quatre actes cotables en CCAM pour une facturation moyenne de 40 €.

Il faut considérer que ce travail aidé implique une augmentation marquée du nombre d'orthoptistes formées dans les écoles.

Les études d'orthoptie vont évoluer dans le cadre de la séquence Licence-Master-Doctorat (LMD). Le rapport de Laurent Hénart sur les nouveaux métiers de la santé sorti en janvier 2011, demande la création de Licences universitaires pour les professions paramédicales existantes en consolidant leur formation actuelle. La plupart des formations actuelles s'effectuent bien en trois ans, mais ne sont reconnues au niveau diplôme qu'à Bac+2 (niveau III) alors qu'une licence correspond à un niveau II. Le passage à une licence correspond donc à une promotion. Ce niveau licence doit permettre, d'après la mission Hénart, l'exercice plein et entier de chaque profession paramédicale. Il devrait suffire pour faire face à la grande majorité des besoins à venir en réajustant la formation et les effectifs. Dans certains cas, des enseignements complémentaires (en six mois ou un an) pourraient être requis pour certaines missions particulières. Les nouveaux métiers de soins au niveau Master devraient être peu nombreux et limités en effectifs.
La réingénierie du diplôme d'orthoptiste vient de démarrer au ministère de la santé.

3- les opticiens

La délégation de tache vers les opticiens n'apparait pas à certains comme une solution satisfaisante. Outre que ceux-ci se trouveraient dans la position de "prescripteurs-vendeurs", il est vrai que la grande majorité des patients sur les listes d'attente des ophtalmologistes n'y sont pas pour un motif réfractif mais bien pour la prise en charge de pathologies oculaires, parfois graves pouvant conduire à la malvoyance, voire à la cécité non curable.
Jusqu'en 2007, les opticiens ne pouvaient pas manier « des appareils servant à déterminer la réfraction ». L'arrêté du 13 avril 2007 a supprimé de la liste des actes ne pouvant être réalisés que par des médecins «le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire ».
Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin précisées par une recommandation de l'HAS.
L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.
Il est tenu d'informer le médecin prescripteur lorsque la correction est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale.
Le décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 a permis le remboursement des verres correcteurs délivrés par un opticien-lunetier dans le cadre d'un renouvellement en cas de prescriptions médicales initiales datant de moins de 3 ans.

La HAS vient d'élaborer des recommandations sur le thème de la délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement.
Les recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- *-Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?*

L'ophtalmologiste peut s'opposer ou limiter dans le temps, en le précisant sur l'ordonnance, le renouvellement avec adaptation, dans les situations ou circonstances associées qui nécessitent un suivi ophtalmologique rapproché.
Cette liste de situations ou circonstances associées n'est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste. Celui-ci décide au cas par cas s'il y a lieu de limiter le renouvellement avec adaptation en l'expliquant à la personne.
Il est recommandé que le médecin prenne en compte le degré de compréhension de la personne et son implication dans sa prise en charge ophtalmologique.
Il est recommandé d'inscrire l'acuité visuelle corrigée dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place.
Les situations ou circonstances associées pour lesquelles il est recommandé que le médecin prescripteur limite le renouvellement avec adaptation sont :

- les troubles de réfraction suivants :

- myopie supérieure ou égale à - 6 dioptries et/ou longueur axiale supérieure ou égale à 26 mm,
- changement d'axe supérieur ou égal à 20° chez un patient ayant un astigmatisme supérieur à 0,75 dioptrie, pour toute amétropie,
- modification d'1 dioptrie ou plus en 1 an,

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome,
- hypertension intraoculaire isolée,
- pathologies rétiniennes (dont DMLA, rétinopathie diabétique...),
- cataracte et autres anomalies cristalliniennes,
- tumeurs oculaires et palpébrales,
- antécédents de chirurgie réfractive,
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère et datant de moins de 3 ans,
- anomalies cornéennes (notamment greffe de cornée, kératocône, kératopathies, dystrophie cornéenne...),
- amblyopie bilatérale,
- diplopie récente et/ou évolutive.

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète,
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, Sclérose en plaques, Polyarthrite rhumatoïde, Lupus, Spondylarthrite ankylosante),
  - hypertension artérielle mal contrôlée,
  - SIDA,
  - affections neurologiques à composante oculaire,
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours, notamment :
  - corticoïdes,
  - antipaludéens de synthèse,
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

- *Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?*

Lorsque l'acuité visuelle n'est pas connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute meilleure acuité visuelle corrigée inférieure à 10/10 de loin et/ou plus faible que Parinaud 2 de près.
Lorsque l'acuité visuelle est connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute baisse de la meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la précédente mesure.
Il est recommandé que l'opticien oriente la personne vers l'ophtalmologiste :
- en cas de modification de la réfraction supérieure ou égale à 1 dioptrie sur 1 an (cylindre et/ou sphère) ;
- en cas de changement d'axe supérieur ou égal à 20° chez une personne présentant un astigmatisme supérieur ou égal à 0,75 dioptrie ;
- pour toute création ou modification de la correction prismatique.

S'il oriente la personne vers l'ophtalmologiste, il est recommandé que l'opticien lui remette le compte rendu du contrôle de la réfraction en vue de la consultation ophtalmologique. Il peut également adresser ce compte rendu à l'ophtalmologiste choisi par la personne.

Le compte-rendu doit préciser :

- le nom de l'opticien ;
- la date et la correction mentionnées sur l'ordonnance initiale ;
- la date de l'examen par l'opticien ;
- les résultats de la réfraction et de l'acuité visuelle obtenus;
- toute autre information utile dans le respect du secret professionnel.

Il est recommandé qu'une copie du compte rendu soit archivée par l'opticien et incluse dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place. Il serait souhaitable que ceci soit obligatoire.

Il faut noter que la Haute Autorité de Santé est particulièrement vigilante s'agissant du travail aidé. C'est ainsi que en novembre 2012, le collège de la Haute Autorité de Santé a donné un avis défavorable pour quatre protocoles de coopération en ophtalmologie.

- coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste visant à déléguer à des orthoptistes l'acte médical de renouvellement adaptation des verres correcteurs.
- extension de trois à cinq ans la période de renouvellement de verres correcteurs par un opticien, après un premier équipement prescrit par un ophtalmologiste.
- Réalisation par un orthoptiste d'un examen de dépistage sur prescription du médecin traitant pour la rétinopathie chez les sujets diabétiques sans examen depuis deux ans ou porteurs d'une dégénérescence maculaire ou d'un glaucome.
- Réalisation d'une réfraction subjective par un opticien en EPHAD en lieu et place de l'ophtalmologiste.

La Haute Autorité de Santé a souligné que des protocoles de coopération étaient en cours de finalisation par l'Académie Française de l'Ophtalmologie.

Une analyse des possibilités de collaboration entre ophtalmologistes et orthoptistes indique que, pour améliorer la prise en charge des patients, démontre que 80 % des ophtalmologistes devraient pratiquer en travail aidé. Pour cela, des promotions de 300 nouvelles orthoptistes par an seraient nécessaires, soit une augmentation d'environ 20% par rapport aux chiffres actuels.

4- les optométristes

Actuellement, l'optométrie est pratiquée illégalement en France dans le cadre de la profession d'opticien-lunetier pour ce qui est de l'adaptation en lentilles de contact (qui est un acte médical et du domaine exclusif des médecins compétents en ophtalmologie et l'entraînement visio-moteur (qui est du domaine de compétence exclusif des orthoptistes). Seul l'examen de vue des sujets âgés de plus de 16 ans est autorisé aux opticiens lunetiers.

En Europe l'optométrie est pratiquée et règlementée en Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Suède, Suisse.

En France, les optométristes exerçant leur profession sont formés selon les nomenclatures européennes et mondiales. Dans certains pays c'est le professionnel de première ligne dans la filière visuelle. Cela peut toutefois être en partie expliqué par la différence en termes de démographie des ophtalmologistes: il y a plus de 5 000 ophtalmologistes en France, contre 750 au Royaume-Uni.

À ce jour, deux propositions de lois d'inscription de l'optométrie dans le code de la santé publique existent mais n'ont pour l'instant pas eu de suite :

Le député Elie Aboud (médecin cardiologue) prend modèle sur nos voisins européens et propose que l'optométriste puisse prescrire lunettes et lentilles de contact. Ce texte présenté en juillet 2009 à l'Assemblée nationale mais resté sans suite.

La sénatrice Jacqueline Panis (ancienne sénatrice de la Meurthe-et-Moselle) propose au Sénat, en juin 2010, que l'optométrie soit pratiquée en France en harmonie avec la définition du WCO. La proposition est restée sans suite.

En décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre de la Santé, envisage une accélération de la délégation de tâches aux optométristes en déclarant : « L'accélération des transferts de compétences est importante. Tout le monde dit qu'il y a plusieurs mois d'attente pour un rendez-vous chez l'ophtalmologiste, le transfert de certains actes vers les optométristes, permettront de diminuer ces temps d'attente insupportables pour les patients. »

Il est important de souligner que la formation purement scientifique et nullement médicale des optométristes, qui n'effectuent durant leur cursus de formation aucun stage hospitalier, ne possèdent aucune compétence pour un dépistage de pathologies oculaires.

Deux sortes de risques apparaitraient dans l'immédiat :

- Ne pas dépister une maladie : ce risque serait supporté par les patients.
- Sur dépister les maladies: adresser à tort un patient aurait des répercussions économiques (dépenses inutiles) mais surtout, et perturberait de plannings des ophtalmologistes de façon insupportable.

L'analyse faite dans le rapport de l'Académie Nationale de Médecine de 2003 mérite d'être reconduite sans changement, car aucun n'est intervenu depuis : « Les optométristes, (profession qui, au contraire de celle d'opticien-lunetier, n'a pas d'existence dans le Code de la santé publique) sont une centaine à recevoir chaque année un diplôme de contenu très variable en Faculté des Sciences. Leur souhait est d'effectuer le dépistage des anomalies de la vision, voire de contrôler les suites opératoires. Pour le moment sans responsabilité thérapeutique, ils entendent jouer un rôle diagnostique tout en restant commerçants, déterminant les anomalies de la réfraction et vendant les moyens de correction optique. Or il est inacceptable de confier des malades à des techniciens formés ailleurs qu'en Faculté de Médecine. »

Un projet, prévu pour se mettre en place dans l'année 2013 prévoit que, dès l'été 2013, l'accent sera mis sur « les transferts de compétences entre ophtalmologistes et orthoptistes voire opticiens ». L'application de la mesure se fera en deux temps :
- 1er semestre 2013 : élaboration des protocoles, des modèles économiques, concertation,

- 2ème semestre 2013 : plan de déploiement par les ARS sur les territoires les plus concernés par les délais d'attente.

LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Au vu de l'accroissement, inéluctable avec le vieillissement de la population, du nombre de patients atteints de pathologies oculaires chroniques (glaucome, DMLA...) ou de maladies dont l'évolution altère notablement les fonctions visuelles (diabète, HTA...), le groupe de travail constate que l'insuffisance de la filière des soins en ophtalmologie

- menace la qualité de la prise en charge des patients
- accroît les inégalités d'accès aux soins sur le territoire national, rompant l'équité due aux usagers du système de santé par la solidarité nationale,
- retentit de manière inquiétante, par le développement de déficits sensoriels non jugulés, non seulement sur l'autonomie (en favorisant donc la dépendance), mais aussi sur la morbi-mortalité des personnes âgées,
- et constitue donc un véritable problème de santé publique menaçant d'un handicap visuel définitif des patients qui auraient pu être traités efficacement si un dépistage suffisamment précoce avait été possible et un traitement mis en œuvre.

Le groupe de travail propose les recommandations suivantes :

- Faire du renforcement de cette filière de soins un projet prioritaire en sachant que les solutions existent qui peuvent permettre d'arrêter le processus et d'autoriser notamment la prise en charge de pathologies dont le nombre augmente du fait du vieillissement de la population.
- Augmenter rapidement le nombre des ophtalmologistes pour atteindre une cible de 9 pour 100 000 habitants et ceci dans l'ensemble du territoire. Ceci représenterait environ 5800 praticiens pour la population actuelle.
- Pour cela faire de l'ophtalmologie une filière prioritaire à l'Examen Classant National en visant un chiffre de 210 D.E.S. par an dans les 5ans à venir, la répartition devant se faire en priorité dans les régions où la pénurie est la plus marquée.
- Adapter la maquette d'études des D.E.S. de façon à leur permettre d'obtenir une formation notamment chirurgicale pendant leur internat par une ouverture de postes dans les Centres Hospitaliers Généraux ou par la généralisation d'un poste d'assistant partagé.
- Proposer de façon rapide des mesures incitatives fortes pour favoriser l'installation dans les zones à faible densité médicale.
- Poursuivre et développer le travail aidé à destination des orthoptistes en visant une cible de 80 % d'ophtalmologistes exerçant selon cette modalité. Ceci implique d'apporter une aide aux écoles d'orthoptie afin de leur permettre la formation d'un nombre suffisant d'élèves.
- Accroître la collaboration entre les différents secteurs hospitaliers ainsi qu'avec le secteur libéral pour la prise en charge des urgences et l'organisation des stages de formation pour les D.E.S. et les élèves orthoptistes

Le groupe de travail souligne que la mesure de l'acuité visuelle et la prescription de corrections optiques sont, et doivent demeurer, un acte exclusivement médical, indissociable d'un bilan complet de l'appareil visuel.

Ceci doit permettre d'atteindre les **objectifs** essentiels que sont :
- la réalisation sur tout le territoire des soins ophtalmologiques courants,
- le dépistage et le contrôle des conséquences oculaires des maladies générales,
- la détection le plus précoce possible des causes d'amblyopie de l'enfant avant l'âge scolaire,
- la prise en charge médicale et sociale des déficits visuels liés à l'âge.

Documentation

Délégation, transferts, nouveaux métiers, comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS.HAS;2008.
DREES : Série Statistiques N° 22, août 2001.
DREES : Série Statistiques N° 44, décembre 2002. DREES. Les médecins – estimations au 1er janvier 2002
DREES. Projections médecins 2002-2020 – hypothèse numerus clausus 4700 et 1 843 postes d'internes. Daniel Sicart
DREES : Série Statistiques N° 138, octobre 2009.
DREES. Les médecins – estimations au 1er janvier 2009. Daniel Sicart.
DREES. Les médecins –estimations au 1er janvier 2010. Daniel Sicart
DREES : Série Statistiques N° 152, février 2011.
DREES. Les médecins – estimations de 1984 à 2000 – séries longues. Daniel Sicart
Etudes et Résultats N°83, septembre 2000. Les ophtalmologues : densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020. Xavier Niel, Marc Simon et Annick Vilain avec la participation de Dominique Baubeau.
Le renouvellement des effectifs médicaux. Tome 3. Rapport 2008-2009, ONDPS
L. HENART, Y. BERLAND,D . CADET Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer
BOUR T et CORRE L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques.
Le renouvellement des effectifs médicaux. Tome 3. Rapport 2008-2009, ONDPS.
Etude IRIS- la prise en charge des troubles de la vision en Ile-de-France.
HAMARD H : Rapport sur la situation actuelle de la Profession d'Ophtalmologiste, Académie Nationale de Médecine avril 2003.
Atlas de Démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2012